

PLANILLA DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

1.- DATOS DEL SOLICITANTE (TITULAR)

APELLIDOS: NOMBRES: C.I.:

TELÉFONO: CELULAR: EMAIL:

BANCO: NÚMERO DE CUENTA: TIPO DE CUENTA:

2.- DATOS DEL BENEFICIARIO QUE RECIBIÒ LA ATENCIÓN

APELLIDOS: NOMBRES: C.I.:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: SEXO: PARENTESCO:

DIAGNÓSTICO:

3.- RAZÓN DE SERVICIO:

TIPO: FECHA DEL SERVICIO:

4.-DOCUMENTOS REQUERIDOS

INFORME MÉDICO (AMPLIO Y DETALLADO) EXÁMENES PRACTICADOS Y SUS RESULTADOS

FACTURAS ORIGINALES FACTURAS DE FARMACIA, RÉCIPES E INDICACIONES

OTROS:

CANTIDAD DE FACTURAS ENTREGADAS CON ESTA SOLICITUD

FECHA DE LA SOLICITUD

El Reembolso se hará en los próximos SIETE (7) días a partir de recibidos todos los recaudos.